

Der Sinn dieser Vollmacht / Vorsorgevollmacht soll es sein, im Falle von Krankheit, Gebrechlichkeit bzw. Geschäftsunfähigkeit der Vollmachtgeberin / des Vollmachtgebers, durch eine vorher erteilte privatrechtliche Vollmacht eine Betreuung als gesetzliche Vertretung entbehrlich zu machen. Eine solche Vollmacht ist nicht nur im Falle altersbedingter Betreuung sinnvoll, sondern auch bei jüngeren Menschen, die beispielsweise durch einen Unfall in eine Betreuungssituation geraten können.

Es können einzelne und / oder mehrere Personen bevollmächtigt werden. Die Erteilung der Vollmacht ist grundsätzlich nach § 167 BGB formfrei. Aus Gründen der Sicherheit ist jedoch die Schriftform zu wählen. Außerdem kann die eigenhändige Unterschrift der Vollmachtgeberin / des Vollmachtgebers aus den gleichen Gründen beglaubigt werden. Dazu ist eine Beglaubigung durch eine Behörde ausreichend.

Zum Zeitpunkt der Vollmachtserteilung dürfen keine Zweifel an der Geschäftsfähigkeit der Vollmachtgeberin / des Vollmachtgebers bestehen. Ihre seine Geschäftsfähigkeit sollte in irgendeiner Form dokumentiert werden (z.B. durch ein ärztliches/psychiatrisches Attest). Dies kann auch durch notarielle Beurkundung geschehen. Die Notarin / der Notar ist gemäß § 11 / S. 1 BeurkG gehalten, sich einen Eindruck von der Geschäftsfähigkeit der Vollmachtgeberin / des Vollmachtgebers zu verschaffen.

Gegebenenfalls kann die Notarin / der Notar dann auch diesbezüglich als Zeugin / Zeuge gehört werden. Bei der vorliegenden Vollmacht / Vorsorgevollmacht ist aus rechtlichen Gründen eine notarielle Beurkundung nicht erforderlich.

Es gibt Sonderfälle, in denen eine Beurkundung der Vollmacht zwingend erforderlich ist. Die Hauptfälle sind Grundstücksgeschäfte gem. § 313 BGB und Geschäfte über das ganze Vermögen nach § 311 BGB. Soll die / der Bevollmächtigte zu solchen Geschäften ermächtigt werden, muss die Vollmacht nach § 128 BGB notariell beurkundet werden.

Es empfiehlt sich, in gegebenen Abständen zu überprüfen, ob zu der bevollmächtigten Person / den bevollmächtigten Personen noch ein Vertrauensverhältnis besteht; die Vollmacht sollte gegebenenfalls, wenn sich an dem Vertrauensverhältnis etwas negativ verändert hat, widerrufen werden.

Vorteilhaft kann es sein, wenn von Dritten eine Betreuung angeregt werden sollte. In diesem Fall hat das Vormundschaftsgericht Kenntnis über die Vollmacht und kann prüfen, ob eine gesetzliche Betreuung entbehrlich ist.

Die Vollmacht / Vorsorgevollmacht kann auch durch weitere Vollmachten ergänzt werden, z.B. durch eine handschriftliche Patienten-Verfügung zur Frage, ob und in welchen Fällen lebensverlängernde Maßnahmen getroffen werden sollen bzw. welche Behandlungen Sie zulassen oder ablehnen. Weitere Informationen erhalten Sie von Ihrer Betreuungsstelle (06124 / 510 709 oder 710).

Vollmacht / Vorsorgevollmacht

Hiermit erteile ich,

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Straße: _____

PLZ, Wohnort: _____ Telefon: _____

Ohne Zwang und aus freiem Willen für den Fall, dass ich zeitweise oder dauerhaft meine Angelegenheiten nicht mehr selbst regeln kann, folgende Vollmacht:

1. Person

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Straße: _____

PLZ, Wohnort: _____ Telefon: _____

2. Person

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Straße: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefon: _____

Wird / werden (gemeinschaftlich) bevollmächtigt, mich in allen persönlichen und vermögensrechtlichen Angelegenheiten, soweit dies gesetzlich zulässig ist, gerichtlich und außergerichtlich zu vertreten.

Diese Vollmacht berechtigt zu meiner Vertretung in Fragen der medizinischen Versorgung und Behandlung, soweit ich selbst nicht im Stande bin, darüber zu bestimmen. Die bevollmächtigte/n Person/en kann/können beliebige Verträge mit Kliniken, Alten- und Pflegeheimen abschließen, einseitige Erklärungen abgeben und entgegennehmen oder sonst meinen Aufenthalt bestimmen. Insbesondere wird der/dem/den Bevollmächtigten die Befugnis übertragen, anstelle der Vollmachtgeberin / des Vollmachtgebers über Handlungsweisen zu entscheiden, die meine Bewegungsfreiheit (z.B. Bettgitter/Beruhigungsmedikamente/ Bauchgurt) betreffen. Außerdem soll er / sie auch über eine Unterbringung entscheiden können, die mit Freiheitsentziehung verbunden ist. Der / die Bevollmächtigte benötigt dazu die vorherige Genehmigung des Vormundschaftsgerichtes. Er hat die Maßnahme zu beenden, wenn die Voraussetzungen entfallen.

Die bevollmächtigte/n Person/en soll / sollen in eine Untersuchung meines Gesundheitszustandes, eine

Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff einwilligen dürfen, auch wenn die Gefahr besteht, dass ich dabei sterbe oder einen schweren, länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide. Er / Sie muss / müssen dazu die vorherige Genehmigung des Vormundschaftsgerichtes einholen.

Diese Vollmacht soll eine Betreuung gemäß Betreuungsgesetz (§§ 1896 BGB ff) ausschließen.

In vermögensrechtlichen Angelegenheiten umfasst die Vollmacht die Verwaltung meiner Einkünfte sowie die Besorgung der laufenden Geschäfte. Hierzu gehören die Abwicklung von Bankgeschäften, Vertretung gegenüber Ämtern, Behörden, Versicherungen und der Krankenkasse.

Die / der Bevollmächtigte/n ist / sind befugt, Rechtsgeschäfte mit sich in eigenem Namen unter Befreiung von den Beschränkungen des § 181 BGB, und als Vertreterin/Vertreter Dritter vorzunehmen. Die Vollmacht soll auch dann wirksam bleiben, wenn eine Betreuerin / ein Betreuer für mich bestellt wird. Sollten Teile dieser Vollmacht unwirksam sein, so soll dies nichts an der Wirksamkeit der restlichen Teile ändern.

Ort, Datum

(Unterschrift der Vollmachtsgeberin/ des Vollmachtgebers)

Die eigenhändige Unterschrift der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers wird hiermit beglaubigt:

Ort, Datum

Unterschrift

Herausgegeben von der Betreuungsstelle
Kreisausschuss des Rheingau-Taunus-Kreises, Heimbacher Str. 7,
65307 Bad Schwalbach

Patientenverfügung

Meine persönlichen Daten

Name, Vorname _____

Geburtsname _____

Geburtsdatum, -ort _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Wohnort _____

Telefon (mobil) _____

Im Vollbesitz meiner geistigen Fähigkeiten und mit dem Wissen über die sich möglicherweise daraus ergebenden Folgen gebe ich folgende Willenserklärung ab, die solange Gültigkeit behalten soll, bis ich sie geändert oder widerrufen habe. Ich verpflichte meine mich behandelnden Ärzte sowie die als Bevollmächtigte oder Betreuer eingesetzten Vertreter zu Entscheidungen im Rahmen dieser Erklärung, solange nicht konkrete oder hinreichend deutliche Hinweise vorliegen, dass ich meinen Willen zwischenzeitlich geändert habe.

Situationen, in denen meine Verfügung gelten soll

- wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.
- wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren Krankheit befinde, die nach Einschätzung zweier erfahrener Ärztinnen oder Ärzte zum Tode führen wird, auch wenn der Zeitpunkt des Todes noch nicht absehbar ist.
- wenn ich aufgrund einer Gehirnschädigung nach Einschätzung zweier erfahrener Ärztinnen oder Ärzte aller Wahrscheinlichkeit nicht mehr in der Lage bin, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen oder Kontakt mit anderen Menschen aufzunehmen. Dies gilt sowohl für direkte Gehirnschädigungen (z.B. durch Unfall oder Schlaganfall) als auch für indirekte Gehirnschädigungen (z.B. nach Wiederbelebung oder Schock).
- wenn ich unter einem weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozess leide (z.B. Demenzerkrankung) und auch mit ausdauernder Betreuung nicht mehr fähig bin, mir Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zuzuführen.
- wenn ich im Koma liege ohne Aussicht auf Wiedererlangung des Bewusstseins.
- wenn es bei mir zu einem nicht behandelbaren, dauernden Ausfall lebenswichtiger Funktionen meines Körpers kommt.

(Zutreffendes bitte ankreuzen, Nicht-zutreffendes streichen.)

Festlegung zu Einleitung, Umfang oder Beendigung bestimmter ärztlicher Maßnahmen

Sollte sich mein Wille nach sorgfältiger Überprüfung nicht geändert haben, soll meine ärztliche Behandlung eine palliativmedizinische Leidensminderung und keine lebenserhaltenden oder lebensverlängernden Maßnahmen beinhalten. Dazu gehört eine konsequente **Schmerz- und Symptombehandlung**, auch wenn die eingesetzten Mittel dieser Behandlung bewusstseinsdämpfend sind. Die Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch schmerz- und symptomlindernde Maßnahmen nehme ich in Kauf.

Bei Eintreten der oben genannten Situationen wünsche ich

- keine künstliche Ernährung** unabhängig von der Form der künstlichen Zuführung der Nahrung und **keine künstliche Flüssigkeitszufuhr** als Dauermaßnahme.
- keine Maßnahmen zur Wiederbelebung** (Reanimation).
- keine künstliche Beatmung** bzw. Einstellung einer schon eingeleiteten Beatmung, unter der Voraussetzung, dass ich Medikamente zur Linderung der Luftnot erhalte. Die Möglichkeit einer Bewusstseinsdämpfung oder einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Medikamente nehme ich in Kauf.
- keine Dialyse** bzw. Einstellung einer schon eingeleiteten Dialyse.
- Antibiotika** oder die **Gabe von Blut oder Blutbestandteilen** nur zur Linderung meiner Beschwerden.
- kein fremdes Gewebe** oder **fremde Organe**, auch wenn dadurch mein Leben verlängert werden kann.

Ort der Behandlung

Bei Eintreten der zuvor genannten Situationen wünsche ich,

- zum Sterben in ein Krankenhaus verlegt zu werden.
- wenn irgend möglich, zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung zu sterben.
- wenn möglich, in einem Hospiz zu sterben.

(Zutreffendes bitte ankreuzen, Nicht-zutreffendes streichen.)

Beistand

In meiner letzten Lebensphase möchte ich menschliche Unterstützung und Begleitung, vor allem durch:

- Mitarbeiter/innen eines Hospizdienstes _____
- meine/n Hausärztin/ - arzt _____
- meine/n Seelsorger/in _____
- die folgende Person _____

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon (mobil)

(Zutreffendes bitte ankreuzen, Nicht-zutreffendes streichen.)

Aussagen zur Verbindlichkeit und Auslegung

Der in meiner Patientenverfügung geäußerte Wille soll von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten befolgt werden. Meine als Bevollmächtigte oder Betreuer eingesetzten Vertreter sollen dafür Sorge tragen, dass mein Patientenwille durchgesetzt wird.

In Lebens- und Behandlungssituationen, die in dieser Patientenverfügung nicht konkret geregelt sind, ist mein mutmaßlicher Wille möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln.

Organspende

- Ich stimme einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu.

Komme ich bei einem sich abzeichnenden Hirntod als Organspender in Betracht und müssen dafür ärztliche Maßnahmen durchgeführt werden, die ich in meiner Patientenverfügung ausgeschlossen habe,

- geht die von mir erklärte Bereitschaft zur Organspende vor.
 gehen die Bestimmungen in meiner Patientenverfügung vor.

- Ich verfüge hiermit, dass ich nicht als Organspender zur Verfügung stehe.

(Zutreffendes bitte ankreuzen, Nicht-zutreffendes streichen.)

Bestätigung der Verfügung

Ich unterschreibe diese Verfügung im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte nach sorgfältiger Überlegung und als Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechtes. Ich wünsche nicht, dass mir in der akuten Situation eine Änderung meines hiermit bekundeten Willens unterstellt wird. Diese Verfügung soll nicht durch meinen Tod erlöschen. Mir ist die Möglichkeit der Änderung oder des Widerrufs meiner Patientenverfügung bekannt. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die voranstehende Verfügung nur insoweit, wie ich sie ausgefüllt habe.

Ort, Datum

Unterschrift

Wichtiger Hinweis: Bitte registrieren Sie Ihre Patientenverfügung im Zentralen Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer. Das zuständige Betreuungsgericht wird im Fall der Fälle immer erst prüfen, ob dort eine Registrierung erfolgt ist.